Polski Związek Taekwondo Olimpijskiego
www.pztaekwondo.pl
Warszawa 00-643; ul. Nowowiejska 5/44
tel.: 0 22 840 45 57; fax. 0 22 891 13 25
e-mail: biuro@pztaekwondo.pl
NIP 779-20-26-124, REGON 430096079

Centralny egzamin na stopnie mistrzowskie (1-5 Poom/Dan) w Taekwondo Olimpijskim

Szanowni Państwo,

poniżej podajemy informacje dotyczące centralnego egzaminu na stopnie mistrzowskie (1-5 Poom/Dan) w Taekwondo Olimpijskim w terminie:

4 czerwca 2021 roku .
Miejsce: Szkoła Podstawowa nr 24
Białystok , ulica Antoniuk Fabryczny 5/7
Rejestracja uczestników w godzinach 18.00 –19 .00.
Rozpoczęcie egzaminu: godzina 19.00.

Egzamin przeprowadzony zostanie przez Komisję Egzaminacyjną PZTO w składzie:

1. Artur Chmielarz – egzaminator klasy mistrzowskiej PZTO, egzaminator Kukkiwon – Przewodniczący Komisji.
2. Paweł Baranowski – egzaminator klasy mistrzowskiej PZTO – Sekretarz Komisji.
3. Cheolin Kang – GM, Dyrektor Techniczny PZTO,Członek Komisji.

Warunki formalne:

• Ostatni stopień (kup/dan/poom) zarejestrowany w PZTO:

https://www.pztaekwondo.pl/web/materialy-do-pobrania,101.html

• Okres karencji od ostatniego egzaminu zgodny z Regulaminem Kukkiwon (od daty rejestracji stopnia w Kukkiwon)

http://www.kukkiwon.or.kr/front/eng/information/regulations.action?cmd=View&seq=20&pageNum=1&searchKey=1&searchVal

- 1 dan/poom/ –
- 2 dan/poom – karencja 1 rok /
- 3 dan/poom – karencja 2 lata /
- 4 dan/poom – karencja 3 lata /
- 5 dan – karencja 4 lata /

Osoby zainteresowane udziałem w egzaminie prosimy o przesłanie pisemnego zgłoszenia oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych (wzory w zał.) na adres: pawelb.huzar@gmail.com do dnia 03.06.2021r.

Wymagania na stopnie mistrzowskie znajdują się pod adresem:

http://www.kukkiwon.or.kr/front/eng/information/regulations.action?cmd=View&seq=169&pageNum=1&searchKey=1&searchVal

Każdy z uczestników egzaminu winien posiadać:

- 1 zdjęcie do 2 MB w formacie .jpg w wersji elektronicznej
- Odpowiednią liczbę desek do rozbijania zgodnie z wymogami egzaminacyjnymi o wymiarach 30x30x1,5
- Zaświadczenie lekarskie o zdolności do uczestnictwa w egzaminie (wzór w zał.)
- Indywidualny sprzęt ochronny do walk Taekwondo
- Ubezpieczenie NNW (indywidualne lub klubowe)
- strój do taekwondo

U W A G I:

a) Ewentualne zakwaterowanie i wyżywienie: we własnym zakresie.
b) Uczestnik egzaminu wnosi opłatę za egzamin w gotówce przed egzaminem.
c) Informacji organizacyjnych udziela:

Pan Paweł Baranowski, Sekretarz Komisji:
nr tel. 608 299 821
e-mail: pawelb.huzar@gmail.com

Z G Ł O S Z E N I E

EGZAMIN NA STOPNIE MISTRZOWSKIE W TAEKWONDO OLIMPIJSKIM

1. Imię i Nazwisko .....

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Adres zamieszkania:……

4. e-mail……tel.....

5. Stopień ……Nr. certyfikatu……Data uzyskania.....

6. Klub.....

.....

/ data i podpis/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że Pan/Pani.....
/ imię i nazwisko/

nie ma przeciwwskazań do przystąpienia do egzaminu na stopnie mistrzowskie w Taekwondo Olimpijskim.

....
/ miejscowość, data/ /pieczątka i podpis/

……..…… ……, dn.
(imię i nazwisko)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja _____, w związku z udziałem w organizowanym przez Administratora:
(imię i nazwisko)

Centralnym egzaminie na stopnie mistrzowskie w Taekwondo Olimpijskim – 4 czerwiec 2021r.

wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora Danych Osobowych – Polski Związek Taekwondo Olimpijskiego z siedzibą w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej 5/44, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000100445,

moich danych osobowych zawartych we wniosku o udział w organizowanym kursie	WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM*
mojego wizerunku (Prezentacji na stronie internetowej www.pztaekwondo.pl , portalu społecznościowym facebook, fotorelacji z kursu przez Administratora	WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM*
danych wrażliwych w postaci informacji o stanie zdrowia	WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM*
przekazywania moich danych osobowych do Światowej Federacji Taekwondo (WT), Europejskiej Unii Taekwondo (ETU), Ministerstwo Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu oraz innych organów administracji publicznej, jak również do organizatorów zawodów w taekwondo w celu wyrobienia stopni, certyfikatów, licencji oraz mojej rejestracji w zawodach/szkoleniach i innych wydarzeniach taekwondo jak również do realizacji innych celów statutowych PZTO.	WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Ogólnego rozporządzenia Parlamentu i Rady Unii Europejskiej o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

1. Administrator nie wyznaczył Inspektora Danych Osobowych ponieważ nie jest podmiotem publicznym o którym mowa w art. 9 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz.1000). Kontakt z Administratorem możliwy jest pod numerami tel. +48 22 840 45 57, +48 509 347 107 lub adresem email: biuro@pztaekwondo.pl.
2. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych w wyżej wymienionych celach jest dobrowolne, lecz niezbędne do celów wypełnienia obowiązków wynikających z art. 14 ustawy o sporcie oraz do celów Pana/Pani uczestnictwa w zawodach sportowych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza granicami, uczestnictwa w przedsięwzięciach organizowanych przez Administratora, wypełnienia obowiązków wynikających ze Statutu i innych przepisów wewnętrznych Administratora;
3. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do treści danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub usunięcia, prawo zażądania zaprzestania przetwarzania.
5. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i art. 9 ust. 2 lit. a) Ogólnego Rozporządzenia Parlamenty i Rady Unii Europejskiej o ochronie danych osobowych i zgodnie z treścią Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonania usługi lub czynności w związku z którą zostały przekazane oraz przez okres wynikający z okresu przedawnienia w ewentualnym procesie ochrony dób Administratora.
7. Informujemy, iż Pana/Pani dane osobowe możemy udostępniać następującym kategoriom podmiotów: Ministerstwo Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu, Instytut Sportu, Polski Komitet Olimpijski, Polska Agencja Antydopingowa, Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej, Sport Zona, World Taekwondo Europe z siedzibą w Grecji i World Taekwondo z siedzibą w Szwajcarii i Korei Południowej oraz innym instytucjom/podmiotom współpracującym przy organizacji wydarzeń PZTO, podmiotom, którym PZTO zleca wykonywanie części zadań, instytucjom publicznym w zakresie prawem wymaganym; informujemy przy tym, iż z uwagi na brak decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony w Korei Południowej przekazanie danych do wskazanego kraju może się wiązać z ryzykiem obowiązywania niższych standardów ochrony danych osobowych niż w Unii Europejskiej, a więc niezagwarantowania tożsamych praw jednostce przewidzianych w prawie unijnym;
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy Ogólnego rozporządzenia Parlamentu i Rady Unii Europejskiej o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się i zobowiązuję się do przestrzegania Statutu i Regulaminów Polskiego Związku Taekwondo Olimpijskiego, krajowych i międzynarodowych organizacji sportowych. Poświadczam zgodność podanych we wniosku danych i zobowiązuję się do zgłoszenia zmian we wniosku.

_____ _____

(data) (podpis)

OŚWIADCZENIE W ZWIĄZKU Z COVID-19

(wywiad epidemiologiczny)

W związku ze stanem epidemii – COVID – 19 oświadczam, że w ostatnich 14 dniach (skreślić niepotrzebną odpowiedź) :

1. Przebywałem poza granicami polski. TAK NIE

2. Miałem kontakt z osobami, które wróciły zza zagranicy. TAK NIE

3. Miałem kontakt z osobami na kwarantannie. TAK NIE

4. Miałem kontakt z osobami chorymi na COVID-19. TAK NIE

5. Miałem objawy takie jak: gorączka powyżej 37C°, kaszel, TAK NIE
   utratę węchu lub smaku, zapalenie spojówek lub trudności z oddychaniem.

6. Czy były przyjmowane leki? TAK NIE

Jeżeli tak to jakie:

Imię i Nazwisko:
PESEL:

Oświadczam, że podane przeze mnie nieprawdziwych danych w zakresie ww. wskazanych lub zatajenie danych o moim stanie zdrowia w związku z występowaniem koronawirusa w Polsce, może spowodować zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej. Jestem w pełni świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 paragraf 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny.

Oświadczam, że podanie przeze mnie informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

Data i czytelny podpis.